

# 在醫學情境內殺死和聽任死亡在道德上有所不同嗎？

Paul T. Menzel

I

在這個問題上，直覺似乎導向相反的方向。一方面，我們會遇到一些例子，在這些例子中，殺死和聽任死亡在道德上似乎有着明顯的不同：

A：一個患有晚期骨癌和嚴重肺氣腫的病人預期最多只能忍受着嚴重的難以消除的疼痛活上一個月。病人經常強烈地表達出一種死的願望。一種呼吸的併發症出現了，此刻如果我們不給她帶上呼吸器，她似乎連

---

Paul T. Menzel, Ph.D., Department of Philosophy, Pacific Lutheran University.

\*我要特別感謝Martin Benjamin, Robert Cobum, Ddavid Lovell 和 James Rachels在我撰寫這篇論文時提供的幫助。

原載：*The Journal of Medicine and Philosophy*, 1979, Vol. 4, No. 3.

《中外醫學哲學》1：1（1998年2月）：頁75~106。

一個小時也活不下去。如果我們把空氣注入她的靜脈，她同樣會馬上死亡。

我們中的大多數會很快作出反應：儘管我們也許應當不用呼吸器，但我們不應當殺死病人。Dinello (1975, 我的釋義) 提供了另一個例子：

B：如果瓊斯不進行心臟移植的話，就活不過兩個小時了。史密斯即將死於他僅存一個的腎的感染，如果不進行腎移植的話，他在四個小時內就會死亡。當瓊斯死時，他的一個腎能夠被移植給史密斯，或者史密斯可以被殺死而把他的心臟移植給瓊斯。此外別無其他的心臟和腎可得。

在 Dinello (1975, p. 358) 看來，“顯然，如果殺死史密斯救瓊斯，而不是聽任瓊斯死亡來救史密斯，這實在是錯誤的。”另一方面，我們又會遇到一些例子，在那裏，認為可以聽任一個人非常痛苦地死去，但不允許無痛苦地殺死他，這種想法似乎是怪誕的。Rachels (1975a, 我的釋義) 引證了兩個例子，我再加上第三個：

C. 一個即將死於無法治愈的喉癌的病人處於嚴重的、無法消除的痛苦中。他肯定會在幾天內死去，但是既然痛苦是無法忍受的，他請求醫生來終結它。他的家人也請求這樣做。

D. 一個患有腸梗阻的唐氏症兒童需要實施外科手術來活命。不做手術會導致這個孩子幾天後死於脫水和感染，但是注射會無痛苦地結束他的生命。

E. 一個患有脊柱裂和腦脊模膨出的嬰兒需要外科手術來獲得生命的最好前景。如果不實施手術，很可能—but 不一定—即使在其他方面最好的治療下，孩子會在一年後死亡。如果實施外科手術，孩子很有可能會活到一歲以上，但是只有很小的概率活到十二歲以上：

在他的有生之年，很可能不能自制，不能行走，從中等到嚴重的遲緩，並需要排去腦積水〔見 Gorovitz 等，1976，pp. 341-342〕。如果不實施外科手術，而孩子（非常不可能）又活過了一歲，這些問題可能會更加嚴重。由於即使手術也不到活得長和高質量生活的前景，不動手術讓孩子冒成功地活過一歲這種可能性很小但可怕的風險情況更糟，因而我們考慮通過主動的殺死來消除那種風險。<sup>(1)</sup>

我們應當如何來分析不同直覺的這種組合呢？也許它們是完全相容的：殺死和聽任死亡間的區分總是在道德上有關的，但是在特殊的情況下，面對殺死的優點，這種區別沒有足夠的道德分量使得殺死更糟。

這種簡單的分析是不能令人滿意的。(a) 如果那就是我們要說的全部，我們不知道在特殊的情況下這種被認可的相干區分是一個在道德上多麼重要的因素。如果我們不僅知道這種區分在道德上是相干的，而且也能說明為甚麼我們應當作出一種區分，我們就會在理性上處於一個更加有利的位置來權衡這種區分的重要性。(b) 我們仍然應當警惕：也許殺死／聽任死亡的區分在道德上沒有直接相干性，但是經常與之相聯繫的其他因素能夠解釋我們的直覺。當我們試圖把區分本身是相干的這個直覺推回到一個同樣簡單但更為一般的直覺時，我們便

(1) 這種困境反映在 Raymond Duff, John M. Freeman 和 Luigi Luzzati (Swinward 1978) 的一次討論中。Duff (p. 307)：“我們非常自由地運用 Lober 博士的解決辦法（在挑選的案例中不進行治療），但它有時是非常壞的辦法。……我們應該能夠幫助這些孩子迅速死亡……”Freeman (p. 305)：“……我發現因為孩子沒有很快死亡（我不認為殺死是正確的），我終止治療的孩子比 Lorber 博士多得多。”Luzzati (p. 308)：“……主動安樂死的問題……是一個關鍵性的問題，而我們試圖迴避它。”

陷入了明顯的困境。像 Thompson (1976, p. 209) 注意到的那樣，不存在在直覺上可以接受的更為一般的“道德慣性原則……不存在僅僅因為他們是事物的現存狀態就阻止干預事物現存狀態這種自明義務。”醫學本身似乎是與這樣的原則是矛盾的。

這樣，超越直覺的例子去探索這種區分的可能基礎就更重要了。許多作者近來正致力於此——例如，Trammel (1975、1976、1978)，Veatch (1976)，Glover (1977)，以及 Stith (1978a, 1978b)。許多人同意道德上相干的某些因素與這種區分是相聯繫的。然而在最終我們是否應當把殺死和聽任死亡看作道德上不同的事情時，在觀點上還存在分歧。而且，關於這種區分是否總是在道德上相干的或者它會承載多大的道德分量，幾乎沒有明確的討論。在這篇論文中我的目的是 (1) 重新評估這種區分在醫學情境中的道德相干性，(2) 闡明這種相干性的精確性 (如，它在每種情況下都是有關的嗎?)，以及 (3) 闡明在特殊情況下決定它大致有多大分量的程序。

下面一節將是對區分的道德相干性的理由所作的全面的和批判性的分類。後面幾節將回到更廣泛地爭論我們最終應當如何看待醫學倫理學中的這種區分，然而將這種推理運用到開頭的例子中。

一些術語首先需要澄澈。問題是甚麼原因可能使殺死一個病人比聽任那個病人死亡在道德上更不能被允許。我用“道德上的區別”指：與主動殺死的可能的道德許可性相比，聽任死亡有着更大的道德許可性 (或者說與不能聽任死亡的可能的道德義務相比，不能殺死有着更大的道德義務)。反過來，我用聽任死亡的“道德許可性”指：我們不應當迫使病人活下來：而我用殺死的道德許可性指：我們在道德上不是不應當殺死。我無意探討我們是否應當干涉其他行動者殺死或聽任死亡的決

定。因此我不去直接討論殺死／聽任死亡區別的法律相干性。當我在這篇論文中問殺死或聽任死亡是否是“允許的”時，我不是在問法律應當如何，而只是問我們是否應當把這些行動看作不受否定的道德判斷。

“聽任死亡”如何區別於“殺死”？我頭腦裏有一個聽任死亡的限制性意義，我想，這就是我們在醫學情境中關注的意義。我用“聽任死亡”來指一種消極行動，避免繼續使病人活下來；我不僅僅是指不去努力挽救生命。我們不應把決定不做某事與只是沒有做某事混同起來，或者把不去行動與只是沒有行動混淆起來 (Benjamin 1976b; Kleinig 1976)。很清楚，並不是沒有挽救生命的所有情況都屬於消極行動：“在任何時候，總有……大量我們不去挽救的生命，”但是在任何時候，僅當我們“知道……垂死病人的痛苦情狀”並有“挽救和延長垂死病人的手段和專門知識”的才有一種聽任死亡的情形 (Benjamin, 1976b)。

由此產生若干含義。首先，在聽任某人死亡中，我們正在引起這個人的死亡，儘管它是“消極的因果關係” (Harris 1974)：在病理學的情境內，疾病是死亡的原因，但是在任何社會情境內，死亡的原因都是病人、醫生、或某人不去住院或不去繼續某種治療的決定 (Benjamin, 1976a)。因此，沒有一個人能夠為聽任一個病人的死亡找藉口說，“但是，這件事情不是我引起的——做的”。其次，在聽任某人死亡中，我們所意欲的是死亡這一結果，這與我們在殺死中所謀劃的完全一致的死亡。這就消除了一個為了道德上的區別而經常被引證的理由——殺死隱含着引致死亡的意向，而聽任死亡則不然。

據說有各種因素在醫學情境內把殺死與聽任死亡作出道德上的區分。

1. “不傷害”的絕對命令。——在談到嬰兒案例中的這種區別時，John Fletcher (1975, p. 79) 評論道：“如果死亡

被理解為一個好的結局……父母和醫生通過這種決定（聽任死亡）就不是‘傷害’嬰兒……案樂死〔主動殺死〕和允許死亡的關鍵區別在於後一種選擇所強加的自我約束與醫生和父母不許傷害嬰兒的倫理和法律規範更為一致。”

Fletcher的論點不是支持殺死和聽任死亡之間道德差異的可靠論證。首先，這個論證在用假定作為論證。如果“不傷害”的規範暗示着殺死比不去保存生命更壞，那麼這個規範必定意味着主動傷害病人比允許由不作為造成的同樣壞的傷害更壞。但是它果真更壞嗎？如果我們假定是更壞，那麼我們就是在訴諸假定。然而，如果我們假定它不是更壞，那麼不傷害的規範沒有把殺死與聽任死亡在道德上區別開來。

其次，殺死總是在傷害病人嗎？如果殺死引起的死亡也能被看作是一個好的結局，它難道不也是停止傷害病人嗎？如果死亡對病人是個好的結局，那麼殺死是對病人的傷害這個簡單的假定，就使傷害問題成為巧辯，恰似因忽視或放棄而聽任病人死亡是傷害這樣的簡單假定使傷害問題成為巧辯一樣。

結論：儘管這個因素可以反映殺死和聽任死亡之間道德差異的假定，但它並沒有證明它。

2. 臨終疾病的錯誤預後——在聽任病人死亡中，有一個因素似乎不由我們控制——病人是否將會死亡。臨終疾病的錯誤預後能夠被糾正，這樣病人仍有最後一線希望活下來。相比較而言，殺死則堵塞了生命的所有可能性（Veatch 1976, P.96; Trammel 1978）。

Rachels (1975b) 和 Glover (1977, p. 98) 對此的答覆似乎很有說服力。在一些情況下，被錯誤地預後為臨終的人恰恰有可能由於消極無為導致實際的死亡，正像人們能夠通過殺死而導致死亡一樣。此刻，需要採取挽救生命的治療可能是至關重要的。

結論：這個因素在醫學情境內僅在有時把殺死與聽任死亡

區別開來。

3. 其他選擇的堵塞——一個人殺死某人堵塞了其他人挽救生命的選擇（Trammel, 1975）。聽任死亡則沒有堵塞那種可能性。這就解釋了為甚麼我們認為不去挽救生命比殺死更可允許的原因。

這種差別適合於當一個人是處於可能也採取行動的許多人當中的一個，而他是單獨行動的一方時。然而，在醫學情境內，行動者通常發現他們並不處於這種境況。在某一醫療境況中，採取行動的行動者通常是處於行動位置的惟一人。即使當情況不是如此時，一個行動者聽任一個病人死亡的行為往往會很快地導致死亡，以致其他方面沒有機會維持病人的生命。而且，使病人活下去的責任的分散本身就是一個用來為聽任死亡辯護的不足信的和危險的藉口（Veatch 1976, p. 86）。

結論：這個因素不能在醫學情境內把殺死與聽任死亡區別開來。

4. 義務的困難和履行——把某人從死亡中解救出來的不便和困難通常比阻止殺死他更大。與我們有義務積極地防止不易防止的同樣壞的事物相比，我們更有義務不去積極地引起相對容易避免引起的事物。因此，與不聽任病人死亡相比，我們更有義務不殺死病人（Fitzgerald 1976）。同樣，不殺死的義務相對容易“履行”（Trammel 1975; Keiling 1976）：幾乎每個人都能夠避免使任何其他人蒙受嚴重的身體傷害，而沒有人能夠幫助每個需要幫助的人。因此不去殺死的一般消極義務完全能夠被履行，而救死的積極義務則不能夠。Trammel (1975, p. 134) 然後爭辯道：“如果人們堅持把救人和不去殺死及是相同的義務這一條作為一個普遍的原則，那麼人們要麼必須堅持一種十分嚴格的倫理學，結果禁慾主義就成為唯一在道德上可辯護的生活方式”，因為不去殺死的義務已經夠強了。“要麼人們必須樂於允許史密斯用他的沒有經過簡單修理

的汽車傷害(殺死)某人”，因為救人的義務已經夠弱的了。即然這些隱含的結論都是不可接受的，我們就必須撤回我們對救人和不去殺死有相同的義務這個原則。

然而，困難和履行這一因素不能輕易地轉移到專門的醫學情境。在某些有限的生活領域，一個擔任被認可的、正式的、或契約性的職務的人確實經常有一種受限制的和極端強的幫助他人的義務。醫生就屬於這個範疇，以致在醫學情境內不傷害與幫助之間的道德差別被極大地弱化了。而且，在特定情況下(像使癌症病人活下去，患唐氏症嬰兒，或者也許還有脊柱裂兒童)，只要醫學上有可能，把人從死亡的痛苦中解救出來的任何義務，實際上都是完全可以履行的——我想，就像履行不去殺人的任何義務一樣。

然而，履行的區別在醫學的不同層次上是相干的。一旦我們離開了特定的個人境況而考慮使所有那些在醫學上能夠被救活的病人活下來這種一般的義務，救死的義務就不是那麼容易履行了。然而，我們能夠履行永不殺死的義務(儘管在諸如C、D和E的案例中，不會導致一個理想的狀況)。這種區別似乎會引導我們推斷：既然在所有那些情況中把聽任死亡看作是不能允許的不是一種可以接受的履行的選擇，那麼在生活的某些最糟糕的情況下，聽任死亡就是合意的和許可的。

然而，其他的因素使這個美好的結論複雜化了。首先，我們可能會發現我們自己遇到的是這種病例：它並不屬於那種我們不應當用我們所有的技術能力使人們活下來的那類最糟糕病例。它是一個遠未解決的問題，例如，我們是否應當試圖使患唐氏症和脊柱裂的孩子活下來，即使我們的資源極度緊張。把使這些孩子活下來的義務看作是履行的並不就導致Trammel提及的狂熱的禁慾主義倫理學。

其次，即使在特定的情況下存在着對履行使病人活下來的義務的反對意見，主動殺死仍有其好處，它使我們傾向於說：

如果在這些境況下，聽任死亡是允許的，那麼殺死在道德上就是更好的意見。當然，如果沒有這種可履行的理由聽任病人死亡，那麼我們便不會被允許聽任死亡，而如果我們不被允許那麼做，那麼我們也許不應當認為主動殺死是一種道德選擇。

第三，儘管困難和履行因素解釋了為甚麼不殺死的道德責任比不聽任死亡的道德責任更強，但是當我們不開始談起消極義務時，它並不會使殺死比聽任死亡更壞。假定我們認為聽任死亡或殺死是正確的。聽任死亡(考慮到搶救這種選擇的巨大困難)會比殺死(考慮到不殺死這種不困難的選擇)更容易。因此，聽任死亡比殺死更不值得讚揚<sup>(2)</sup>。僅當我們通過已經假定殺死或聽任死亡都是壞的或錯誤的來使一些中心問題陷入詭辯，困難/履行的因素才分別使聽任死亡和殺死更好或更壞。由這個因素產生的區別的任何道德相干性必定來源於對殺死和聽任死亡都是錯誤的這種猜疑，即使當我們已向自己證明了它們是好的或正確的。

結論：這個因素在醫學情境內的可應用性是一個非常複雜的問題，但是使聽任死亡變得比殺死更易接受這種做法似乎非常無力<sup>(3)</sup>。

5. 妨礙醫學和醫療保健中的進步——當無法控制劇烈疼痛時，殺死也許是可允許的。但是Ramsey (1970, p. 164) 注意到：“醫學的至上命令是醫生從不放棄尋找治療或減輕痛苦

(2) 我將這種看法，即這個原則完全推翻了殺死/聽任死亡區別的道德相干性，歸功於Charles Culver(達特茅思醫學院)和Natalie Abrams(紐約大學醫學院)。

(3) 我在分析這個因素，以解釋不同行動道德判斷中的區別。Clover(1977, p. 109) 評論說，殺死/聽任死亡的區別與行動的道德判斷無關，但與個別行動者的道德可責備性有關。困難/履行的因素可解釋Glover的意見。如果搶救比不殺死通常更難，責備人們不搶救以改變他們的行為比責備他們殺死更無效。考慮到責備的“代價”，那麼責備殺死比責備不搶救生命更可能得到結果和辯護。

的努力（如減輕骨癌的疼痛）……”允許主動殺死的實踐可能會弱化這種至上命令。它也許會合乎邏輯地引導我們判定：使人們決定去死的惡劣狀況並不真的那麼可怕。畢竟，如果我們允許他們主動地殺死他們自己，那麼這種狀況並不會限制他們。這樣就會反過來弱化人道主義的至上命令和醫學改善這種狀況的虔誠努力。

這種反對殺死的論證的力量依賴於我們如何評價上述危險具體化的可能性。也許醫學尋求減輕痛苦和治愈的偉大承諾仍會存在，即使我們把殺死看作是可允許的逃脫手段。無論如何，這種反對殺死的論證不會輕易地產生這樣的必然結論：殺死比聽任死亡更不能被允許。允許聽任死亡可以包藏同樣的危險。儘管如此，我還是猜想，主動殺死的這種危險更大。在聽任病人死亡中，疾病的不可忍受的疼痛和疾病的其他摧殘通常比殺死更顯而易見——死亡並不會為了防止那些可怕的狀況直勾勾地逼視我們而及時到來。各個社會之所以推進醫學的研究和發展，部分是因為它們經歷了疾病的蹂躪。

即然贊成把殺死／聽任死亡的區分看作是在道德上相干的這個因素是一個長期的和制度上的結果，那麼要指出會中和它的某一特例的條件是困難的。然而，如果一個病人已經經受了不可忍受的疼痛，如果疾病的恐怖性對醫學界和社會仍然是顯著的，如果大多數其他的患有這種疾病或這種疼痛的病人不要被殺死，那麼殺死這個病人似乎不可能抑制尋求治療和減輕痛苦的行為。

這裏可提出一個非經驗上的反對意見。如果一個有意識的有行為能力的病人已強烈地要求死，我們真的要通過引用對其他人有極其長遠好處的不妨礙承諾醫學進步來拒絕那個人的迫切需求嗎？<sup>(4)</sup>這看起來好像是我們通過引用對不確定的他人

(4) Martin Benjamin (密歇根州立大學) 曾向我提出過這種看法。

的僅僅是可能的好處來有效地阻止一個個人權利的實施。我們當然不會接受這類理由來否定一個權利的要求<sup>(5)</sup>。

這種反對體現了一個非常重要的原則，但是它在這裏的運用是可疑的。如果我們在自己的頭腦裏已清楚地確立起了一種尋求主動安樂死的個人權利，那麼反對意見就會站得住。但是我們還沒有達到那一步（至少在這篇論文中我假定還沒有達到）。在決定我們是否將首先承認一種特殊的權利時，對他人的總的好處也許是權衡時應適當考慮的。如果醫學進步的好處被主動安樂死的權利嚴重威脅，我們就有理由決定在我們的社會中反對擁有那種權利的實踐。然而，當涉及到病人請求被允許去死時，這種反對意見可能更有說服力。與允許被殺死相比，我們更易承認被允許去死的權利。因此，我兜了一個大圈子：具有諷刺意味的是，這種反對以使殺死／聽任死亡的區別成為道德上相干的而結束。

關於把殺死看作是許可的會妨礙醫學進步這種觀點的另一個同樣重要的看法把注意力更多地集中於心理治療。我們必須意識到這種治療經常能夠使難以消除的病痛變得可以忍受。例如臨終關懷病院和專門的姑息治療機構也許能夠提供那種治療，甚至對骨癌也可起到那種功效 (Holden 1976)。這就使得病人在他們臨死的時候想要我們陪伴他們，這裏指的是聽任

(5) 這種論點出現在醫學倫理學中，例如 Ramsey (1975, p. 71) 說，即使這研究對他人有利，沒有人具有一種從醫學進步受益的權利，所以不得到個人同意對個人不可做有危險的非治療性研究：一種實際的有競爭性的權利可超過反對侵犯身體的權利，但僅僅可能的好處則不能超過。在一般情境內 Dworkin (1971) 提出了同樣的論點。

(6) McCormick (1973), Maguire (1973, p. 118), Hare (1976), Veatch (1976), Foot (1977) 和 Trammel (1978, pp. 61-62) 已注意到了這點。Trammel 特別強調它。他的一些論證似乎是可疑的：他給出的潛在濫用的所有例子，對聽任死亡來說，也存在相似的濫用。不過，他關於殺死和聽任死亡濫用的“統計學上的”不對稱現象很可能是正確的。

他們死亡而不是主動幫助死亡進程。如果我們太快地把請求實施主動安樂死的病人的痛苦看作是**不可忍受的**，整個情況就會妨礙我們對他們和他人所承擔的義務。

儘管看似有理，但這不總成為把聽任死亡看作是比殺死更為允許的原因。如果我們已經忽略了使痛苦或前景變得可以忍受的可能的辦法，而因為病人不能忍受就聽任其死亡可能也是一種對治療的放棄（閱例如Platt 1975年討論的例子）。殺死和聽任死亡可能都代表了對病人的治療的放棄，儘管我們會小心翼翼地評估，總的來說前者的危險更大些。

這樣我們就有理由挑戰這種也許從臨終關懷病院和姑息治療機構的成功所得出的對所有主動殺死的簡單批判（Saunders 1971）。誠然，在這些場合，對主動安樂死的要求將很可能減少，但是，許多被允許去死的請求恰恰因為這些同樣的原因可能也會消失。我也看不出認為對主動安樂死的所有請求或者會消失，或者如果它們繼續存在的話，應當僅僅被解釋為臨終關懷病院試圖為垂死者提供治療遭到失敗的證據。如果病人繼續活了較長一段時間，他們也許仍會斷定現在而不是後來是死的最佳時刻。在通常的醫院病房生活之後，臨終關懷病院的生活無疑看起來不錯，但是對於經歷了更長時間之後的病人來說，它也許並不值得過。

結論：儘管這個因素似乎很少能夠在特定的情況下把殺死和聽任死亡區別開來時，它通常似乎出現在一般背景中。

6. 逃避弱者和不能自立者造成的負擔——對Farley(1975, p. 6)來說，在允許聽任死亡而禁止殺死中，我們“清楚地劃定了那些能夠在其中作出死亡決定的情況；……但仍然明確禁止奪走那些只不過是虛弱和不能自立的人的生命。”虛弱者和不能自立者把負擔加諸他人身上，他人就會有促成其死亡的動機。為了避免這些動機，懲罰殺死、允許聽任死亡、而不對兩者都允許就是明智的。在原則上殺死對那個人的好處截然不同於殺死對其他人的

好處，但在實際上，這條線很難劃，對Veatch (1976, p. 90)而言，“滑坡”論證起了作用：“如果因為同情而主動殺死的特徵之一是它可能會導致出於其他理由的主動殺死（因為一般來說，人們不能充分地作出有關的道德區分），那麼這種後果也可以用來反對出於同情而做出的主動殺死。”

這個論證有其弱點。殺死無疑潛藏着僅僅因為病人的虛弱和不能自立給他人帶來了可怕的負擔就把他們弄死這種濫殺的危險。事實上，許多人對患有腸梗阻的唐氏症嬰兒任其死亡的做法提出了質疑，因為它是對我們照料累贅兒童職責的放棄。當因為同情而殺死或許會導致因為其他原因而殺死時，聽任死亡難道不會同樣如此嗎？如果人們不能區分兩種類型的殺死，為甚麼他們就能區分兩種類型的聽任死亡呢？

然而，這種論證在醫學情境內有其立足點。與聽任病人死亡相比，殺死他們也許一下子轉移掉了更多的累贅。因此，它更具誘惑性。與只是允許聽任死亡相比，我們應更為擔心允許主動殺死中表現出來的這種不恰當的動機。例子D和E可以闡明這一點。誠然，我們可能並非是想轉移負擔，而是想避免對於孩子來說非常難於負擔的生活。同樣，因為其對他人是個負擔就聽任其死亡就像為了避免同樣的負擔而殺死他一樣，在道德上可能是不允許的。然而對於不要讓對他人的累贅在決定孩子是死是活中起主要作用所承擔的任何義務中，殺死比聽任死亡將更加危險。

而且，行動者對殺死中所發生的事比在聽任死亡中所發生的事可以有更多的控制，許多能夠被殺死的人不能被聽任死亡，所以，殺死比聽任死亡所潛在的濫用似乎更嚴重。儘管對殺死的每一種濫用很可能在聽任死亡中也有其對應物，但殺死的潛在的濫用確實更嚴重。

對這種區分的辯護的答覆減弱了但並未摧毀其說服力。在特殊情況下，殺死和聽任死亡之間濫用的不對稱現象可能不存

在。例如，如果出於某種動機聽任一個有缺陷的嬰兒死去在道德上是許可的，那麼由於同樣的動機和從這些動機的角度來看是更好的結果而殺死他也同樣是許可的。在這些條件下，殺死／聽任死亡的區分在道德上是不相干的。然而，恰恰因為我們不敢肯定決定孩子是死是活的動機是否可以允許的理由，或者因為我們不能肯定所謂無私的動機實際上正如他們聲稱的那樣，它可能經常是相干的。

結論：這個因素有時在道德上把殺死和聽任死亡區別開來，而經常似乎是只出現在背景中。

7. 有差別的好處比濫用更重要——假定那種對殺死／聽任死亡的道德區分的批判堅決主張聽任死亡幾乎像殺死一樣很可能被濫用或產生不幸的後果。道德相干性區分的辯護者能夠接受這一點，但是然後會接着爭辯道：更大的好處產生於允許聽任死亡而不是允許殺死。誠然，殺死比聽任死亡有一些更大的潛在好處——如果殺死是允許的，那麼就會有一些人被幫助完成他們視為好事的死亡，如果只有聽任死亡在道德上是允許的，他們就不會被幫助，而所有能夠被通過聽任死亡而幫助的人都能被通過允許殺死被幫助。然而，請看首先是被不把殺死看作是允許的，其次是被不把聽任死亡看作是允許的所否定了的各自的現實好處——考慮到現代醫學在推遲死亡方面的進步，難道一般來說聽任死亡的好處不是比積極殺死更大嗎？我們能夠通過允許聽任死亡實現我們想要的大多數好結果，而危險則比殺死要小 (Veatch, 1976, p. 99)。權衡的結果明確地傾向於把聽任死亡而非殺死看作有時是更為允許的。

讓我們假定危險／好處的平衡表對於允許聽任死亡比殺死一般看起來更好。然而，平衡表又贊成允許被證明是合理的特殊的、典型殺死，並且它反對聽任死亡的一些特殊的、濫用的情況。也許我們能夠徑直否定需要反對殺死的全面的道德規則。無論如何，我們必須試着區分高收益與低收益的聽任死亡

的情況，以及高危險和濫用與低危險和濫用的情況。如果那種區分對聽任死亡是可能的，為甚麼對於殺死就不可能呢？

另一個回答甚至更為明確：這種論點在某種特殊的情況下是不能成立的，如當我們僅僅主張如果聽任一個人死亡是許可的，那麼在同樣的情況下殺死這個人也是許可的（如例子C、D和E）。如果我們在同一樣的情況下，直接地比照殺死和聽任死亡，並且是在只有聽任死亡也是允許的情況下才把殺死看作是允許的，那麼我們就把殺死的任何可能的較大濫用和較小好處降低到最低限度。

然而，該項論證有三點（不是結論）可以承認。首先，在我們社會，對把聽任病人死亡看作是允許的比把殺死他們看作是允許的無疑有更大的需要。其次，如果我們正在談論一個相對生硬的決定工具，如可能的成文法（不是這篇論文的中心），我們可能不得不從概括的角度提問題，像Veatch在運用這個論點時所做的那樣 (1976, p. 96)。第三，這些概括要求特定殺死的支持者負責進行一種額外的辯護（關於這一點詳見第III節）。

結論：儘管在其他情境內是相干的（如，也許在法律情境內），但一旦我們闡明了正在詳細考察的特定案例的任務，尤其如果我們把允許殺死限制到聽任死亡也是允許的情況中時，這個因素的道德相干性是可疑的。

8. 與另一權利——知情同意——的關係——被允許通過放棄醫療而死亡，在我們的社會比任何主動殺死更緊密地與被更一般地認可的基本權利聯繫在一起。Veatch (1976, p. 105) 宣稱，“給予病人以拒絕醫療的權力……明顯地與給予他們要求他們的醫生殺死他們的權利不同……”得到病人知情同意的要求（或者，作為它的替代，知情的代理人同意或暗示的同意）似乎對我們個人的、身體的整體性概念是基本的。沒有同樣基本的權利與主動結束一個人的生命直接相關。例如，我們

還沒有承認在我們的社會有自殺的權利。而且，即使我們應當承認這樣一個權利，它仍然是一個比知情同意的要求更難辯護的權利。因此殺死比聽任死亡在道德上仍然被看得更可疑。

Trammel (1978, p. 62) 把這一點運用到由於部分無知從而使殺死和聽任死亡之間產生了道德區分的情境中。在許多情況下，並不知道死或活是否是病人的最大興趣或願望。這一點即使當病人要求去死時也是正確的，因為存在着強迫同意的可能性。如果我們不知道一個病人是否想被治療，知情同意的要求就構成了一個反對治療的假定。比較而言，無知並不為殺死提供論據。只有對死亡最明確的同意才能使殺死變得許可，而即使對死亡的令人懷疑的同意，也使聽任死亡變得許可，甚至有義務去做。既然我們總是（或幾乎總是）由於某種無知而行事，殺死總是在道德上更加可疑。

這個論證也許更接近於我們直覺的根本：殺死比聽任死亡、比任何其他事情在道德上更可疑。然而，它有其局限性。它假定未經同意就不被治療的權利是有效的，哪怕不被治療會導致死亡。但是，也許我們並沒有如此無限制地放任這種拒絕同意的權利。正像我們反對關於聽任死亡的相似假定一樣，當我們不能確切地知道人們的確想要被殺死時，我們是不能假定他們想要被殺死的，其原因之一是：在兩種情況下，死亡都是不可逆轉的，救生的治療因而是必須進行的。在某些情況下，我們已經反映了那種推理；在急診室，或在給未成年的耶和華作證派教徒輸血時，我們是拿生命作賭注，因為病人後來可能證明要求求生，而死亡的過程是不可逆轉的。而且，在諸如D或E的特殊情況下，我們可以爭辯道：病人強烈地希望殺死而不是聽任死亡<sup>(7)</sup>。在不知病人意願的情境中，在殺死和聽任死

(7) Foot (1977, p. 105) 在作出與Trammel關於“非自願”安樂死（在那裏我們不知道病人的意願是甚麼）相似的論點時特別容易遭受這種反對。在我們不得不猜測的情況下，Foot說：“我們可假定……某人不希望活下

亡之間假定的任何不對稱現象在所有的案例中都不會有效。我們再一次回到這種意見上來：殺死／聽任死亡的區別的一個似乎合理的根據僅僅在一般的案例中才有效。

而且，這種關於區分的道德相干性的論點包含着權利(right)和正確(rightness)的潛在的混淆。知情同意的道德和法律權利並不意味着拒絕同意維持生命的手段在道德上是正確的：我可以有權利做某件錯誤的事(Dworkin 1971)。確實，前面的論證要求在更大程度上捍衛聽任死亡的權利而不是殺死的權利，這在法律情境內可能尤其重要。權利與正確的行動確有某種聯繫。然而，這一論證並沒有產生出任何特定的聽任死亡比殺死有更多正確性這個結論。並不存在被認可的拒絕治療的正確性，似乎聽任死亡比殺死離這種正確性更近些。

結論：與殺死的案例相比，拒絕同意醫療的權利在道德上加強了許多但並非全部的聽任死亡的案例，但是只有被允許死亡的權利——不是它道德上的正確——得到了知情同意要求更普遍的支持。

9. 以命保命（競爭的生命）——在例子B中，我們反對殺死史密斯救瓊斯的一個理由就是我們將史密斯的生命僅僅作為一個手段用來挽救瓊斯；我們是犧牲史密斯的生命來救另一個人。<sup>(8)</sup> 我們殺死史密斯，我們說，“為了救瓊斯”。但是當我們問為甚麼可以聽任瓊斯死亡，我們則不說“為了”把他的腎移植給史密斯；我們只是任其死亡，然後為了挽救史密斯我們

去了”但“不可能假定他願意被殺死。”然而，某人不希望活下去了，但不（如此經常？）願意被殺死，這是Foot的直覺。然而，在特定情況下（如案例D），其反面似乎更接近真理。Russell (1978) 曾指出了Foot的殺死在道德上不同於聽任死亡論證的更為一般的弱點，如果不是具體的弱點的話。

(8) David Lovell (塔可瑪社區學院) 向我提出了這種看法。Thomson (1976) 的討論也直接涉及這個理由。

移植他的腎。說為了挽救史密斯，我們聽任瓊斯死亡，我們將不得不有一個不讓瓊斯死亡的選擇。成為一個選擇的唯一辦法是通過殺死史密斯得到他的心臟，但是那已清楚地用史密斯的生命作為挽救瓊斯的一個手段。那麼，既然存在這些殺死是用一個人的生命作為挽救另一個人的手段的案例，那麼如果我們一旦開始殺死他們，我們就是開始用一些人作為挽救另一些人的手段。如果像寬恕聽任死亡一樣寬恕殺死，（因為在兩種情況下，同樣有價值或無價值的人的死亡都出現了），這就會迅速導致 Taurek (1977) 稱作“計算數字”的邏輯：如果我能夠通過殺死一個人來救兩個需要器官移植的將死的病人，那不是比讓一個人活着而讓兩個人死去更好嗎？<sup>(9)</sup>舉個例子，那麼我們應當願意殺死一些人來獲得由於不降低汽車的速度限制而聽任數千人死亡才能得到的同樣的好處。但是我們不能這樣做。Stith (1978a, p. 2,3,7) 對此解釋道：我們“敬重”生命，不只是“賦值”：“我們認為重要的是個體，而任何我們可以簡單賦值的事物都是可以用相應的等價的某種東西來代替……”

讓我們假定在選擇何種行動在道德上可允許時，個體生命不應當只是被計算。然而即使那樣，殺死／聽任死亡的區別也不總是在道德上相干。計算數字、競爭生命的邏輯正像可以影響殺死決定一樣，它也同樣可以影響聽任死亡的決定。例如，Stith 難道不會像反對殺死一個人挽救兩個人一樣來起勁地反對聽任一個人死亡來挽救兩個人嗎（當讓兩個人死和挽救一個人是一種選擇時）？例如，案例B能被變為一個介於聽任死亡的兩個選擇之間的選擇<sup>(10)</sup>。而且，在一些案例中，殺死根本

[9] 我從Harris (1975) 而不是從Taurek那裏借用了這個具體例子，儘管Harris是在多少有些不同的語境中提出它的。他得出結論說，聽任兩人死亡就像殺死一個人一樣也是一種殺死。

[10] 假定例子是這樣的：瓊斯從現在起不會活過三個小時了，除非我們用心

不是發生在競爭着的生命的情境內。

這並不意味着這個因素對這種區別無足輕重。很可能對於把某人的生命用作另一個人的手段殺死比聽任死亡真的包含着更大的風險。首先，在聽任人們死亡之中，死亡的時間安排就不是經常能夠方便地駕馭的，我們應當對殺死非常謹慎，但是由於同樣的原因，我們也不應當對聽任死亡馬虎大意。

結論：當聽任死亡允許時，這個因素只是有時使殺死變得不可允許。

10. 支配——Stith (1978a, p. 6) 闡明的對生命的敬重包含着比禁止把個體看作是可以相互替代的更為一般的因素：“賦值是大膽和傲慢……而敬重則避開了支配……不是製造和控制它（生命），而是認可和遵從它。”這種對生命的遵從使得殺死和聽任死亡在道德上區別開來。<sup>(11)</sup>

這種觀點撥動了我們內心的心弦。然而，當它用來為殺死

---

肺機搶救他：即使那樣他也不會活過五小時。如果他得到了心臟移植，他很可能會活過五小時。然而，由於他病情惡化。移植手術必須在接下來的兩個小時之內做。史密斯已經有一個腎被取走了，如果沒有腎移植，他將在四小時內死去。我們可以聽任瓊斯在三小時後死亡，然後將他的腎移植給史密斯而挽救史密斯；我們也可以在兩小時前殺死史密斯，將他的心臟移植給瓊斯而挽救瓊斯；或者我們可以通過心肺機使瓊斯活下來，在這種情況下，史密斯在四個小時後因沒有腎而死亡，而瓊斯也在五個小時後死去。在這裏，聽任瓊斯在三個小時死亡只是搶救史密斯的手段，同樣殺死史密斯將是搶救瓊斯的手段。

[11] Stith的立場是複雜的。有時他似乎根本沒有把注意力集中在殺死／聽任死亡的區別上。他的主要實踐準則是“既不可行動也不可不行動來使某人死亡”(1978b, p. 2)。這就把注意力集中在意圖上，而沒有使殺死一定不同於聽任死亡。然而，他後來又很快回到了後者的問題：“……這個準則……使我們離開了……那種認為因為死亡有時是可以接受的，人的生命就可以為了高尚的目的而被奪取這個錯誤。”它創造了“我們的直覺意識：生命不可被毀壞，但不必被保存……”(1978b.p.3, 着重點是我加的)。然而，如同禁止我們為了高尚的目的而殺死一樣，這個準則也禁止我們為了高尚的目的或來自於一種對控制的渴望而聽任死亡。

和聽任死亡的道德差異爭辯時，它就暴露出了弱點。首先，聽任死亡和殺死一樣可以是一種控制世界給予我們的生命的一種企圖（如例子D）。其次，當敬重可能要求避開控制，當避開控制可能經常產生殺死和聽任死亡道德上的不同時，一個可爭論的偽裝的前提就有必要為這種道德差異辯護而不僅僅是重複：避免控制是好事。但是真是這樣嗎——總是？計算數字的推理是我們可能想要限制和避開的，但它只是一種控制。當人類的利益似乎要求它，而它的危險和對它的無知不比不控制更大時，為甚麼我們不應當控制呢？

結論：這個因素並不總是或無可置疑地使殺死和聽任死亡在道德上區別開來。

## II

認為在醫學情境內殺死在道德上區別於聽任死亡的十條理由中，每一條的地位大致如下：

1. “不傷害”：不適用。
2. 錯誤的預後：有時適用。
3. 他人的選擇：很少適用。
4. 困難／履行：適用無力而複雜。
5. 妨礙醫學進步：很少直接適用，但通常呈現為一個背景因素。
6. 逃避不能自立者的負擔：有時直接適用，而經常呈現為一個背景因素。
7. 有差別的好處／濫用：適用於特定案例可疑，尤其是如果我們把許可殺死限定到聽任死亡也同樣許可的案例中。
8. 知情同意：經常但並不總是適用。

9. 以命保命：有時適用。

10. 支配：有時適用，但即使在那時也很微妙。

現在有幾樣事情似乎清楚了。（1）有許多好的理由可以解釋為甚麼一般來說在我們的道德生活中，我們認為這種區別在道德上是相干的。（2）這些理由中沒有一個總是出現於——而有些則很少出現於——特殊的醫學案例中，而在這些案例中，殺死似乎有明顯的優點。（3）這些理由應使我們在為醫學情境內的任何殺死辯護時在道德上格外謹慎行事。（4）所有這些理由在特殊情況下同樣反對聽任死亡，所以我們決不應當輕易地通過與殺死比較而為聽任死亡辯解。

那麼，總的來說，我們應當如何看待醫學情境內的這種區別呢？我看主要有三個可供選擇的方案。（a）該區別總是有道德意義，儘管在一個給定的案例中或許不足以得出殺死是不能允許的結論。道德原則可以從未必呈現於被討論過的給定的案例中的因素中獲得力量，但在那個案例中仍要保留它。（b）該區別有道德意義，但是當我們開始一個特殊的醫學案例的討論時，它所要求我們去做的全部只是把它看作是相關的。假定我們能夠表明認為這種區別經常是相關的理由當中沒有一個是對一個特殊的案例有效的。然而我們不能用其他因素壓制這種區分的任何道德分量：相反，我們只是把它看作對這個案例沒有道德分量。同時，證據的負擔在於表明那種認為這種區別在道德上經常是相關的理由在這個特定的案例中並不有效。（c）殺死和聽任死亡之間沒有不同。在斷定特定的案例中他們是否分別是正確的或錯誤的時我們應當直接運用上面討論過的所有那些在醫學情境內的相干因素，甚至在最初也不去注意這種區別<sup>(12)</sup>。

(12) McComick (1973, p. 308) 採取了與a相近的立場：“……直接引起死亡涉及（額外的）危險……正是因為這一理由，我們必須堅持道德差異……這是一個毫無例外地被觀察到的絕對嗎？……我強烈地傾向於這種看

我們面對的在這三種方案之間作出選擇的這種處境在我們的道德生活中是很普通的。一個一般的道德法則是在對經常地——但並不總是——參與到某種行為中的各種好處和濫用，價值和負價值作出反應的過程中形成的。Hare (1976) 將此稱作“第一層次”原則——它是我們教給正在發展中的個人的能夠被更快地運用、和相對簡單的規則；也是我們需要的規則，因為我們經常不能完備地知道一個特定行為的各個方面和各種後果從而運用更為複雜的和道德上精製的推理。一旦我們發現這樣一個規則由以產生的種種因素不能表徵其範圍內的每種行為時，我們是放棄這個規則，還是即使在特定的案例中當它的根據缺乏時我們仍然認為它是有效的？不放棄這個規則的一個原因是如果把更複雜的推理而不是簡單的規則運用到特定的案例中許多人會犯各種錯誤<sup>(13)</sup>。放棄這個規則的一個理由是維護對共同體的道德標準的理性尊敬和避免它們成為神秘的或僅

---

法……其他策略的風險簡直太大了。”Veatch (1976, p. 93) 似乎也持a的看法：殺死和聽任死亡之間的個別差異“可能是微妙的。然而，合併起來，它們的影響似乎更強烈……在主動殺死和只是不作為之間有着重要的道德差異，不管在特殊的情況下這看起來是多麼的微妙。”Thomson (1976)，很可能還有Ramsey (1970)，和(帶有重要限制的) Rachels (1975a) 採取從根本上說是b的立場。當Ramsey認為殺死和聽任死亡之間的區別在道德上經常是重要的時，他也說，比如，殺死並不總是構成對照料的放棄——這種放棄使得殺死通常比聽任死亡更壞 (1970, pp. 160-64)。Thomson傾向於說殺死比聽任死亡更壞，但她斷言這樣一種觀點“不能用簡單的機械的辦法來運用……情況不得不被個別看待。”Rachels在通信中指出，b似乎是更合理的選擇，但是，他會以非常重要的方式改變它：在一個人表明強調區別在特定的情況下不成立的理由前，不存在反對殺死的假定。Bennett (1971, p. 58) 似乎持c的立場。他攻擊這種區別沒有包含“一星半點道德意義”。

(13) 這反映了理論倫理學中的一個非常基本的問題：許多其他人可能會錯誤地運用一條規則，這是一個事實(如因為它太複雜)，但當我不錯誤地運用它時，這個事實使我遵循更複雜但精確的規則而不是簡單的規則成為

僅是約定的形象。

方案a和c折射出了對這種一般的悖論的應答，並且兩者都帶有各自的更為概括的應答所具有的缺點。方案a有更進一步的缺點：它甚至沒有概略地告訴我們在特定的案例中殺死／聽任死亡的區別有多大的道德分量。它也鼓勵我們停止思考這種區別的根據，而引導我們逐漸相信有一些東西使得行動比省略本質上更壞。方案c有進一步的缺點：它沒有運用這種區別使我們一開始就警覺在特定的形勢下我們應當考慮的因素，包括一般來說殺死比聽任死亡所具有的更大的危險。沒有殺死／聽任死亡這一簡單的區分作為在道德上直接相關的更為敏感因素的複合物的簡略形式起作用，難道我們不會在我們實際的道德生活中逐漸地和經常性地忽略它們嗎？

權衡之下，方案b是更好的選擇。在它當中這種區別服務於一個非常重要的警覺功能，而且我們也有一種方法評估在特定的情況下這種區分的道德分量。假設在特定的情況下，在為甚麼我們一般認為這種區別在道德上是相關的各種理由當中只有一種是確實有效的，結果就沒有那麼清楚了。在那種情況下，在我們繼續權衡其他的隨之發生的因素和得出結論之前，我們將賦予這種區分一些但很少的分量。而且，b保留了一點點a所有的保守的謹慎；除非我們能夠解釋這種區別的根據為甚麼不能運用到一個特定的案例中，否則我們必須給予它道德分量。

對這種區分的道德相干性的批評者能夠回答為甚麼一些因素贊成殺死而反對聽任死亡，就像我以討論過的一些因素更反對殺死一樣。一個這樣的因素將會是：當我們聽任病人死亡

---

不能允許的嗎？允許不考慮其他人控制我更為深思熟慮的行動的道德許可性似乎是荒唐可笑的。然而在決定甚麼樣的道德法則對一個共同體是最好的時候，考慮到運用的現實，它似乎又是非常合理的。

時，我們能夠通過巧妙地使我們自己擺脫提供充分的道德辯護而濫用這種區別本身。我們將傾向於對濫用聽任病人的死亡閉上眼睛。相反，如果我們無視這種區別，我們就不會傾向於對濫用殺死閉上眼睛，因為我們那時不會想到殺死比聽任死亡更不可能是錯誤的。

這種反對能夠被很容易地應付：記住我們一開始解釋了的“道德上是有差別的”的意義。聽任死亡的道德許可性因而只是相對的許可性——與殺死的許可性相比。如果有一種區別的話，聽任死亡也未由其本身獲得許可。我們不應通過逃避負擔而濫用這種區別，這個負擔就是：面對在醫學背景中使病人活下來的義務而為聽任病人死亡提供充分的道德辯護。

那麼，我的結論是，在作出一個特定的決定時，殺死／聽任死亡的區別一開始應當總是被看作在道德上是相干的。然而，從根本上說，它只是其他的、很可能更直接相關的因素的指示器。當且僅當我們能夠表明這些因素不出現在殺死和聽任死亡之間的選擇中時，我們才能認為該區別在這個特定的案例中沒有道德分量，然後才能繼續考慮殺死的相對好處。

這個結論在特定的醫學案例中意味着甚麼呢？我們將從殺死和聽任死亡在道上有區別的这个假定出發。我們然後會考慮使這種區別相關一般來說的理由是否對手頭的案例也是有效的。一個預後錯誤更可能被聽任死亡而不是被殺死查出嗎（2）？通過聽任死亡比通過殺死使得他人保存生命的機會變得更大嗎（3）？殺死的選擇比聽任這個人死亡的選擇困難更少、責任更大嗎（4）？殺死比聽任死亡更加削弱治療疾病的行為還是更加提高對個人的關照（5）？與聽任死亡相比，我們是在通過殺死逃避病人加給我們的我們應當承擔的更多的負擔嗎（6）？考慮到濫用可能，聽任死亡的邊際好處比殺死的邊際好處更大嗎（7）？殺死比聽任死亡使得病人的意志處於被駁回的更大危險中嗎（8）？我們沒有把個人看作是獨一無

二的，而認為他們生命的價值只不過是可以相加的和可以替代的嗎（9）？在殺死當中比在聽任死亡當中我們屈從於更多支配世界的不適度的慾望嗎（10）？如果使得這種區別可能是相關的這些理由不出現在特定的情況中，那麼這種區別的相關性能夠被減少或消除而不僅僅是被越過<sup>(14)</sup>。然而，“我們只是允許一個病人死亡”這類藉口決不是合法的。而且，如果這一系列問題太複雜以致不能被清楚地運用到手頭的案例中，那麼我們應當把這種區別看作在道德上是相關的，它的分量是重大的。

為了闡明這種態度，我將回到開始時討論的案例中來。

例子 A. ——在這個案例中殺死和聽任死亡在涉及錯誤的預後（2）、其他人的選擇的堵塞（3）、或者你死我活的競爭（9）方面似乎根本沒有不同。妨礙醫療和保健進步（5）、逃避弱者和不能自立者的負擔（6）可能是殺死的危險。但它們對聽任死亡似乎同樣如此。殺死似乎反映了一種控制事件的渴望和需要（10）。以及聽任死亡較之於延長生命的邊際好處似乎與殺死一樣大——或者幾乎一樣大時（7）。儘管病人同意殺死就像同意聽任死亡一樣似乎明確地始終如一，但似乎沒有理由假定她寧願被殺死（8）。而且，義務的困難和履行因素（4）似乎在這裏適用：任何所謂的用呼吸器使病人活下來和不聽任她死亡的義務引起了履行方面的反對——如果我們將使每一個被診斷為沒有希望的病人以昂貴的和使資源緊張的辦法活

(14) 我還沒有考慮在特殊情況下取消殺死的道德不許可性這種可能性是否應當被擴展到在某些情況下使殺死就像聽任死亡一樣在法律上是允許的這種可能性。這樣或許最好是，包含在我的方案中的區別的最初的道德相干性應當作為所有殺死的正式的合法行為一樣反映在法律中，把它留給特殊的起訴人、法官和陪審團，不去起訴、宣判無罪、或減輕判決，反映了並不是在所有的情況下都有理由認為殺死在道德上不同於聽任死亡這個事實。

下來，那麼滿足我們健康的需求和一個社會的義務在很大程度上會更加困難。任何不殺死的義務並不面對這種反對。我斷定，殺死／聽任死亡的區別對這個例子是很少相關的，殺死的好處並沒有足以超越區別。

例子 C.——同樣的意見也是成立的，除去下述重要不同之外。有理由假定病人的意願與殺死而不是與聽任死亡更加一致 (8)。對任何所謂的不殺死的義務不存在由於履行的困難 (4) 而產生的反對意見，也沒有任何所謂的保存生命的義務——我們只能保存幾天生命而已。(相反，在例子 A 中，有一個出於履行義務的反對意見——治療所有這些呼吸併發症，我們就會造成醫學資源的緊張。) 因此，殺死和聽任死亡之間的道德不同，如果在這個案例中存在的話，也更加邊緣化。而且，殺死的好處要大得多。因此，殺死最終不會更壞。

例子 B.——(為了消除同意中的區別，讓我們補充說：史密斯已明確同意被殺死以便他的心臟能夠被移植，就像瓊斯同意從他的屍體中取出他的腎用來移植一樣。) 這裏，在殺死史密斯和聽任瓊斯死亡之間似乎沒有任何不同，除了一個人的生命用作保存另一個生命的手段這一因素之外 (9)——見前面對那個因素的討論。與聽任瓊斯死亡然後救史密斯相比，這一因素使得殺死史密斯救瓊斯在道德上成為不可接受的。

例子 D.——臨終疾病的預後 (2) 沒有出現在兩種情況的任何一種中——腸梗阻問題能夠通過手術來糾正。堵塞他人的選擇的區別 (3) 只有當他人在嬰兒挨餓時期把這個案例帶到法庭以使父母的拒絕被推翻才會出現，而願意那樣做的當事人 (醫院或醫生) 很可能不得不參與任何可能的殺死時才會出現；他們應當知道在那個時刻他們是否會就父母拒絕同意提出上訴，因有聽任死亡的選擇。在糾正腸梗阻問題上殺死會延緩醫學進步，這是不可能的，而且，殺死將會有的對唐納氏綜合病醫療的任何負面影響，在聽任死亡中同樣會有 (5)。兩條

道路同樣會引起同意的問題 (8)；父母拒絕代理同意外科手術可能會遭到這樣的挑戰：他們這樣做不是從保護孩子的利益出發，但正是為了孩子的利益而把代理同意的職責委託於父母。不管殺死還是聽任死亡似乎都不是用嬰兒的生命作為保存他人生命的手段 (9)。如果避免控制是重要的 (10)，那麼聽任嬰兒死亡幾乎與殺死他一樣壞。

然而，履行區別 (4) 是可能存在的。使孩子活下來的義務對撫養唐納氏兒童的家庭來說涉及非常困難的工作，而不殺死這個孩子只是聽任他死亡的話只涉及在飢餓時期照料他幾天的困難。這種區別在涉及國家或養父母有撫養孩子的意願時可以得到中和<sup>(15)</sup>。那種選擇應當被非常認真的考慮。然而，假定沒有任何國家或養父母願意撫養孩子因而代理同意外科手術，那麼履行區別作為認為殺死孩子是比聽任其死亡更不能允許的一個原因，仍然是成立的。

逃避弱者和不能自立者的負擔的動機 (6) 在殺死的決定中比在聽任死亡的決定中更強烈。在殺死中，一個附加的負擔被逃脫了：在飢餓時期對嬰兒的照料，連同父母、醫生和全體工作人員所有感情上的難處。只有這些當事人的悲痛才可能是對僅僅由於累贅而聽任孩子死亡的決定構成一個必需的和令人清醒的檢測。飢餓時期嬰兒的痛苦召喚我們注意他的要求。

對父母和 (如果有不必活下來的) 孩子的主要好處似乎來自於沒有訴諸殺死的聽任死亡 (7)。支配生命的渴望似乎最清楚地出現在殺死中，但是那種區別是很小的：任何通過對死亡速度的更大的控制與出現於兩種選擇中的對生活本身的普通控制相比似乎是邊際性的。

(15) 有人頗有說服力地議，父母和醫生在聽任嬰兒死亡前在道德上有義務尋求收養和國家照料的選擇。如果一個社會已經說過它將減輕個別父母由於年齡較大的殘疾兒童加給他們的負擔，難道嬰兒不應當起碼被給予這樣一個機會：國家減輕由他加給他父母的負擔？

當然，這個案例中關於殺死／聽任死亡區別的道德相關性的這些理由本身並不能決定殺死比聽任死亡更壞這樣一個最終結論。任其挨餓所帶來的嬰兒的痛苦仍舊是聽任死亡的巨大不利。我自己的非常嘗試性的結論是：這以及聽任死亡似乎比殺死他是對嬰兒照料的更大的放棄這個事實，超過了反對殺死的明顯有效的理由。然而，最重要的是，我們主要的注意力應集中我們是否真的應當追隨這兩條行動道路中的一條，還是我們應當進行外科手術和撫養這個孩子。gustafson (1973)，Smith (1974) 和 Robertson (1975) 已對這個問題給予了精彩的討論。這裏，殺死／聽任死亡的爭論與這一爭論相比變得黯然失色了。

例子 E.——在臨終預後中可能的錯誤 (2) 並不有利於聽任死亡。說來也奇怪，這裏這方面的風險對於聽任可能的死亡比殺死似乎更大：如果不進行外科手術活下來的可能性變得比預想的要高，那麼被毀壞的存在的風險結果甚至會更高。差別的好處 (7) 也似乎對殺死的贊成超過了聽任可能的死亡：考慮到生命有巨大缺陷的可能性，我們非常懷疑我們應當不治療，殺死似乎是合理保證好處的惟一辦法。

他人照料孩子的選擇 (3) 沒有被聽任死亡堵塞，可能被殺死堵塞，但是他人後來很可能將不能扭轉由於沒有動手術而造成的損害。代理同意在聽任孩子可能的死亡中就像在殺死孩子中一樣是成問題的 (8)。並不存在生命競爭來利用殺死把一個人的生命當作挽救另一個人的手段 (9)。

然而，其他因素可能使得這種區別變得相關。殺死和聽任死亡似乎在履行方面是有區別的 (4)。在所有非常相似的脊柱裂的情況中，任何挽救生命的義務似乎都在醫療制度和共同體上安置了困難的——儘管是可以履行的——命令，由不殺死孩子和聽任他非常可能的死亡所創造的額外的命令也許不是同樣巨大。如果孩子被殺死而不是實施外科手術，那麼，在治療

脊柱裂病人中醫學進步的一些緊急措施可能喪失了 (5)，儘管剩餘下來的前景更好、被准許做外科手術的脊柱裂病人中和了這種影響。如果我們殺死病人的話，我們更明顯地逃避了弱者和不能自立者的負擔 (6)。儘管支配 (10) 在兩種選擇中都出現，很清楚，它在殺死中被反映的更多。

在這種情況下，在加強了這種區別的一般相關性的不同的因素間，我們有一個尖銳的衝突，第二和第七條理由反對聽任死亡而贊成殺死，而第四、第五、第六和第十條理由則反對殺死。我估計在這裏這種區別應當有一些但不會是太重的分量。殺死的有益後果可能使平衡遠離聽任可能的死亡而朝向殺死。但這是非常無力的推理。就像在唐納氏綜合病的嬰兒的情況中一樣，最重要的問題是是否實施手術和盡我們所能照料孩子，不是是否殺死這個孩子或聽任他可能的死亡。當然，在這個更重要的討論中，可能有人會說，由於要冒孩子在被醫療損害的狀態中活很長一段時間的風險因而不應該實施外科手術，我們在道德上不能忍受這種意見。我並不一定反對這種反對意見。我們應當注意到殺死消除了不做手術所帶來的風險。然而，我認為從這種反對意見出發通過引證殺死／聽任死亡的區別、說殺死一定是一個更壞的選擇來取消殺死是很不合理的。在詳細地運用到這個案例後，聽任死亡／殺死區別的根據並不在很大程度上或很清楚地反對殺死。

在這些應用和暫時的結論之後，我在第三節的結論繼續有效：在醫學倫理學中殺死和聽任死亡之間有一個初定的道德區別。它是建立在其他因素的基礎上的，這些因素是複雜的，但需要被盡可能看得清楚些。它們需要被應用到特定的案例中看這種區別有無分量，如果有的話，有多重的分量。如果它們不能被表明是不適用的，那麼，聽任死亡／殺死區別就有道德上的分量。無論如何，死亡是由無行動造成而不是由積極殺死造成這個事實不應當誘使我們不去給它以充分的道德辯護。

## 參考文獻

- Benjamin, Martin. 'Death, Where Is Thy "Cause"?' *Hastings Center Report* 6, no. 13 (June 1976): 15-16 (a).
- Benjamin, Martin. 'Medical Practice and the Theory of Action' Paper delivered at Kalamazoo, Michigan, October 16, 1976 (b)
- Bennett, Jonathan. 'Whatever the Consequence.' In *Moral Problems*, edited by Games Rachels. New York: Harper & Row, 1971.
- Dinello, Daniel. 'On Killing and Letting Die.' In *Ethics and Public Policy*, edited by Tom L. Beauchamp. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1975.
- Dworkin, Ronald. 'Taking Rights seriously.' In *Is Law Dead?* Edited by Eugene Rostow. New York: Simon & Schuster. 1971.
- Farley, Margaret. 'The Importance of Moral Quibbles.' *Hastings Center Report* 5, no.2 (April 1975): 6.
- Fitzgerald, P.J. 'Acting and Refraining.' In Gorovitz *et al.* 1976.
- Fletcher, John. 'Abortion, Euthanasia, and Care of Defective Newborns.' *New England Journal of Medicine* 292, no. 2 (January 9, 1975): 77-78.
- Foot, Philippa. 'Euthanasia.' *Philosophy and Public Affairs* 6, no.2 (Winter 1977): 85-112.
- Glover, Jonathan. *Causing Death and Saving lives*. New York: Penguin Books 1977.
- Gorovitz, Samuel; Jameton, A.; Macklin, R.; O Connor, J.; Perrin, E.; St. Clair, B and Sherwin, S eds. *Moral Problems in Medicine*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc., 1976.
- Gustafson, James M. 'Mongolism, Parental Desires, and the Right to Life.' *Perspectives in Biology and Medicine* 16, no. 4 (summer 1973): 529-73.
- Hare, R.M. 'Ethical Theory and Utilitarianism.' In *Contemporary British Philosophy*, edited by H.D. Lewis. 4 vols. New York: Humanities Press, 1976.
- Harris John. 'The Marxist Conception of Violence.' *Philosophy and Public Affairs* 3, no.2 (Winter 1974): 192-220.
- Harris John. 'The Survival Lottery.' *Philosophy* 50 (January 1975): 81-87.
- Holden, Constance. 'Hospices: For the Dying, Relief from Pain and fear.' *Science* 193 (July 30, 1976): 389-91.
- Kleinig, John. 'Good Samaritanism.' *Philosophy and Public Affairs* 5, no.4 (Summer 1976): 383-407.
- McCormick, Richard A. 'The New Medicine and Morality.' *Theology Digest* 21, no. 3 (1973): 308-21.
- Maguire, Daniel. *Death by Choice*. New York: Schocken Books, 1973.
- Platter, Michael. 'Contemporary: On Asking to Die.' *Hastings Center Report* 5, no. 6 (December 1975): 9-12.
- Rachels James. 'Active and Passive euthanasia.' *New England Journal of Medicine* 292, no. 3 (January 9, 1975): 78-80 (a).
- Rachels. James. 'Rejoinder to Replies.' *New England Journal of Medicine* 292, no. 16 (April 12, 1975): 867 (b).
- Ramsey, Paul. *The Patient as Person*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1970.
- Ramsey, Paul. *The Ethics of Fetal Research*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1975.
- Robertson, John A. 'Involuntary Euthanasia of Defective Newborns.: A Legal Analysis.' *Stanford Law Review* 27 (January 1975): 213-69.
- Russel, Bruce. 'Still a Live Issue.' *Philosophy and Public Affairs* 7, no.3 (Spring 1978): 278-81.
- Saunders, Cicely. 'The moment of Truth: Care of the Dying Person.' In *Confrontations of Death*, edited by F. G. Scott and R.M. Brewer. Corvallis, Ore.: Continuing Education Books, 1971.
- Smith David H. 'On letting Some Babies Die.' *Hastings Center Studies* 2, no. 2 (May 1974): 37-46.
- Stith Richard. 'Toward Freedom from Value: Part I.' *Bioethics Digest* 3. no.1 (January 1978): 1-10(a)
- Stith Richard. 'Toward Freedom from Value: Part II.' *Bioethics Digest* 3. no.2 (February 1978): 1-6.(b).
- Swinyard Chester A., ed. *Decision Making and the Defective Newborn: Proceedings of a Conference on Spina Bifida and Ethics*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1978.
- Taurek, John M. 'Should the numbers Count?' *Philosophy and Public Affairs* 6, no.4 (summer 1977): 293-316.
- Thomson, Judith J. 'Killing letting Die, and the Trolley Problem.' *Monist* 59, no. 2 (April 1976): 205-17.
- Trammel, Richard L. 'Saving Life and Taking Life.' *Journal of Philosophy* 72, no. 5 (March 13, 1975): 131-57.
- Trammel, Richard L. 'Tooley's moral Symmetry Principle.' *Philosophy and Public Affairs* 5, no. 3 (Spring 1976): 305-13.
- Trammel, Richard L. 'The Presumption against taking life.' *Journal of Medicine and Philosophy* 3, no 1 (March 1978): 53-67.
- Veatch, Robert M. *Death, Dying and the Biological Revolution*. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1976.